

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° 225

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

M^{lle} K. MARKOVITCH

DES RELATIONS

ENTRE

L'Appareil nasal et la Sphère génitale

DE LA FEMME

(ASTHME GÉNITAL)

Président : M. P. MÉNÉTRIER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

275

225

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

22

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

M^{lle} K. MARKOVITCH

DES RELATIONS

ENTRE

L'Appareil nasal et la Sphère génitale

DE LA FEMME

(ASTHME GÉNITAL)

Président : M. P. MÉNÉTRIER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

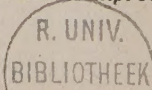
	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	CLAUDE
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	LEJARS
	HARTMANN
Clinique chirurgicale	GOSSET
	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires.	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERRER
ALGLAVE	FISSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBOLLETT	ROUVIERE
BLANCHETIERRE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



PIEUX SOUVENIR A MON PÈRE

ET A MON FRÈRE

A MA MÈRE

A MA SCEUR

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR MÉNÉTRIER

Professeur d'Histoire de la médecine et de chirurgie
à l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DALCHÉ

Médecin de l'Hôtel-Dieu

En témoignage de profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOURMENTEL

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE PARIS

DES RELATIONS
ENTRE
L'Appareil nasal et la Sphère génitale
DE LA FEMME
(ASTHME GÉNITAL)

INTRODUCTION

Si singulier que cela puisse paraître lorsqu'on s'en rapporte aux auteurs anciens, on constate — et particulièrement lorsqu'il s'agit des glandes à sécrétion interne — que bien des phénomènes morbides sont souvent en relation étroite avec des causes dont l'origine semble très éloignée.

Ainsi au cours des perturbations menstruelles de la femme, nous voyons que beaucoup de ces troubles affectent un organe qui, au premier abord, leur paraît complètement étranger, comme par exemple l'appareil nasal.

Naturellement d'autres organes peuvent également présenter des modifications physio-pathologiques, tels que les oreilles, les yeux. De même du côté du pharynx on peut noter des altérations en rapport avec les troubles menstruels. Parfois même tous ces organes peuvent manifester des perturbations en relation avec le système génital.

A ce point de vue rapportons une phrase caractéristique de notre maître M. le D^r Dalché :

« Quel que soit leur mode d'action, les sécrétions internes de l'utérus et des ovaires, intervenant isolément ou d'une manière synergique avec d'autres glandes, au moment de leur entrée en scène à la puberté, jouent un rôle important dans plusieurs états pathologiques. »

Pendant longtemps ces relations en apparence si éloignées ont été ignorées par la plupart des auteurs ; ceux-ci les envisageaient comme des manifestations purement locales.

Comme le rapporte Delacour (1), il y a quelques années à peine, un rhinologiste, ayant à étudier « une affection du rhinopharynx croyait s'excuser d'avoir à faire intervenir l'influence probable de l'état général ».

Il s'ensuit que pour faire un diagnostic précis, il faut s'entourer de tous les détails utiles, sans avoir d'idées préconçues.

C'est toujours à notre maître que nous devons ces notions et nous lui manifestons ici notre vive gratitude pour nous avoir inspiré cette étude. Nous avons tâché grâce à ses conseils de rechercher et de confirmer l'action réciproque de ces deux territoires, les organes génitaux et le nez, si disparates à première vue et qui pourtant peuvent exercer l'un sur l'autre dans certaines conditions, une action très

1. Delacour, *la Semaine gynécologique*, 1913.

nette. Cette connaissance nous permettra en même temps de nous orienter vers une thérapeutique logique.

Dans notre modeste travail, nous nous maintiendrons particulièrement aux symptômes qui nous intéressent spécialement, nous voulons dire l'asthme génital.

En terminant nous voulons également remercier M. le Dr Dufourmentel, chef de clinique qui nous a donné de précieux conseils, M. Benda, interne des hôpitaux pour son aide gracieuse.

L'APPAREIL NASAL ET LES ORGANES GÉNITAUX

Le nez est innervé principalement par le nerf TRI-JUMENT. C'est le nerf de la sensibilité générale. Une de ses branches, le nerf maxillaire supérieur émet une collatérale, destinée à l'innervation des fosses nasales, qui sous le nom de *nerf sphéno-palatin* vient se ramifier à la sortie du trou sphéno-palatin sur les parois externes et internes des fosses nasales. Il est spécialement destiné pour la cloison et pour les cornets supérieur et moyen. Quant au cornet et méat inférieurs, ils reçoivent les branches terminales du *rameau nasal postérieur*, provenant du nerf palatin antérieur, lequel n'est qu'une branche encore du nerf sphéno-palatin, émise avant sa pénétration dans le trou sphéno-palatin. Enfin le *nerf nasal* branche de l'ophtalmique, après sa division dans l'orbite en branches externe et interne, traverse le conduit ethmoïdal antérieur et se dirige vers les fosses nasales. A sa sortie du trou ethmoïdal et de la lame criblée, il se divise en rameau interne, qui se ramifie dans la cloison, et en rameau externe, destiné à la peau du nez.

L'OLFACTIF est le nerf de la sensibilité spéciale. Son excitation partie de la muqueuse nasale et abou-

tissant au bulbe se transmettrait par la voie psychique.

LE SYMPATHIQUE vient au contact du trijumeau, au niveau du ganglion de Meckel. Nous savons que celui-ci appelé encore ganglion sphéno-palatin, émet des rameaux efférents qui se réunissent aux différentes branches du nerf sphéno-palatin. Il est facile dès lors de comprendre comment l'excitation du trijumeau au niveau de la muqueuse nasale peut se transmettre au sympathique.

En résumé : le nez, au point de vue qui nous intéresse, se trouve en rapport avec la zone génitale au moyen de trois nerfs : le trijumeau, le sympathique et l'olfactif. L'union du sympathique avec les nerfs génitaux se fait par le plexus hypogastrique et solaire ; l'excitation partie des organes génitaux peut venir agir sur le ganglion de Meckel (Delacour).

De même Fliess explique la relation anatomique par ce fait :

« Dans le nez, les organes érectiles sont sous le contrôle du ganglion sphéno-palatin, qui reçoit les fibres sympathiques du plexus carotidien par l'intermédiaire du nerf pétreux profond. Là, il y a une voie anatomique au sympathique qui régit les fonctions sexuelles. »

Les organes génitaux, en particulier les ovaires, l'utérus et le vagin reçoivent leurs nerfs du plexus hypogastrique, qui fournit des filets formant le plexus ovarien, utérin et vaginal.

Ainsi de ces trois plexus, l'influx nerveux gagne

successivement le plexus hypogastrique, lombéo-aortique, solaire ; de là le sympathique thoracique, les trois ganglions cervicaux, les branches craniennes du supérieur, le plexus carotidien et caveux, le nerf vidien (qui reçoit un filet sympathique du plexus carotidien) et finalement le ganglion de Meckel. De là nous avons vu déjà comment il peut aboutir à la muqueuse nasale. 1

Les « taches génitales » dans le nez (Fliess (1), Seifert (2). — Au point de vue anatomique il est intéressant de noter qu'on trouve du tissu érectile aussi bien dans le nez que dans les organes génitaux. Au nez, le tissu érectile est surtout constaté à l'extrémité antérieure du cornet inférieur et dans la petite zone circonscrite, connu sous le nom de « tubercule » du nez.

Pendant la menstruation ces taches suivant Fliess sont invariablement tuméfiées et congestionnées, de telle sorte que chez certains sujets elles saignent au contact le plus léger. De plus elles seraient hypersensibles pendant cette même période. Tous ces signes disparaîtraient aussitôt que la menstruation cesserait. La conception d'une certaine relation intime entre ces taches et les fonctions des organes génitaux, semble confirmée par l'incidence fréquente de l'épistaxis comme phénomène vicariant aux époques menstruelles.

1. Fliess, *Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen*. Leipzig, 1897.

2. Seifert, *Kritische Studie zur Lehre von Zusammenhang zwischen Nase und Geschlechtsorganen* *Zeitschrift für Laryngol. Rhinol. und ihre Grenzgebiete*, 1912, t. V, p. 431.

Théories sur la nature de la relation entre les organes génitaux et le nez

Différentes théories se sont succédées depuis l'antique pléthore, poussée fluxionnaire et éréthisme réflexe des troubles vaso-moteurs jusqu'aux théories de l'intoxication et de l'infection. Mais en même temps qu'on a noté le parallélisme entre les troubles dans le fonctionnement des ovaires et les phénomènes réflexes coordonnés du côté des autres organes, on s'est orienté du côté des glandes endocrines. C'est ainsi qu'on est arrivé à formuler la théorie *neuro-glandulaire*. Nous connaissons aujourd'hui les relations intimes entre les glandes endocrines et le système nerveux de la vie végétative, dont les troubles de fonctionnement retentissent les uns sur les autres. Ainsi le vago-sympathique reçoit le choc de dysfonctionnement des glandes endocrines et le transmet aux organes.

A l'heure actuelle, nombreux sont les auteurs qui cherchent à expliquer ces différentes manifestations pathologiques par le *choc hémoclasique* ou *anaphylactique*. M. Dalché (1) leur attribue un grand nombre de troubles cataméniaux.

Rappelant l'expérience de Boucher et Hustin, qui injectaient quelques gouttes de sérum dans la cavité utérine saine et provoquaient deux ou trois jours

1. Dalché, *Molimen cataménial et ses accidents. Leçon à l'Hôtel-Dieu*, 17 mai 1923.

après une menstruation artificielle, notre maître conclut avec eux à l'identité de la menstruation et du choc anaphylactique utérin. Le molimen cataménial et la menstruation ne seraient que le choc anaphylactique endogène, succédant à un choc utérin.

La femme qui prépare ses règles, présente en effet un tableau clinique qui nous éclaireit cette conception.

Elle éprouve un malaise indéfinissable, devient nerveuse; le caractère est modifié rarement dans le sens favorable, plutôt dans un sens péjoratif: elle a des vertiges, quelques frissons, mal à la tête sous forme de migraine, des névralgies, des crampes, de la raideur de la nuque, la face bouffie, une tendance au sommeil ou au contraire de l'insomnie, et alors les yeux sont larmoyants, rouges, avec un cercle bleuâtre, bistré autour des paupières; ceci serait probablement sous la dépendance d'une intoxication surrénalique.

Suivant les prédispositions individuelles et la débilité d'un organe ou d'un autre, il y aura prédominance de tel ou tel symptôme.

Si la femme est hystérique, elle fait volontiers une crise d'hystérie; si elle est épileptique, une crise épileptique. Par analogie l'examen du nez permettra souvent de découvrir de petites malformations ou une déviation de la cloison chez les femmes, qui au moment de leurs époques menstruelles, ont le nez gonflé, ou présentent des éternuements, un rhume de cerveau, des migraines nasales, des migraines du

sinus sphénoïdal et du sinus ethmoïdal. A noter que ces céphalées menstruelles ne guérissent pas avec du pyramidon et de l'antipyrine, il faut toucher la muqueuse nasale avec de la cocaïne et de l'huile iodée.

Cherchant à expliquer le molimen cataménial Forgue (1) et Massabuau avec de Rouville l'ont attribué à l'action vasodilatatrice des produits sécrétés par les cellules interstitielles et les cellules du faux corps jaune.

Sapey (2) a observé le parallélisme entre le développement des glandes interstitielles et la tendance à l'hémorragie.

Iscovesco (3) a isolé un lipoïde auquel il a attribué le rôle inhibiteur, de même qu'une protéamine emménagogue en cas de règles avancées.

Tout ceci nous aide à comprendre l'importance de certains extraits organiques dont l'existence commence à se préciser, et qui nous donnent la clef de beaucoup de manifestations, restées pendant longtemps très obscures.

Les accidents anaphylactiques au cours de la dysovarie par exemple, peuvent s'expliquer dans le même ordre d'idées, en invoquant le rôle des parhormones. Le choc que celles-ci provoquent dans la dysovarie est complètement semblable au choc anaphylactique. C'est un phénomène physique et non chimique.

Le meilleur exemple qu'un facteur purement phy-

1, 2, 3. In Dalché, l. c. *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 17 mai 1923.

sique est capable d'engendrer des phénomènes de choc, nous est donné par une malade que le professeur Widal (1) a observé pendant longtemps. Chez cette malade les manifestations de choc colloïdocalcique consistant en placards d'érythème et reproduites à plusieurs reprises pendant plus de six ans, étaient provoquées par une action purement physique telle que l'application de froid sur l'extrémité des membres supérieurs.

Le trouble endocrinien retentit sur le vaso-sympathique, et celui-ci déclanche le choc anaphylactique, qui lui-même se manifeste soit par la migraine, l'herpès des lèvres ou du nez, l'œdème de Quincke, l'asthme, etc...

L'angoisse, la dyspnée, les nausées, l'urticaire, l'insomnie, l'arthralgie, les migraines utérines — ainsi appelées par Rendu — et toutes les manifestations semblables observées au moment des règles, peuvent être rattachées à cette même cause.

Si on ajoute que chez certaines femmes les époques menstruelles sont accompagnées par des éternuements, du rhume de cerveau et même de la sinusite, il est facile de comprendre que ces manifestations nasales appartiennent à la même classe que celles que nous venons d'énumérer.

1. Widal, *Presse médicale*, 4 mars 1922.

ÉTUDE CLINIQUE

L'apparition d'*épistaxis* au cours des différentes phases de la vie génitale de certaines femmes, l'*asthme nasal d'origine génitale*, la *dysménorrhée* dite *nasale*, permettent le mieux de conclure à la vérité des relations qui peuvent exister entre les affections nasales et la sphère génitale de la femme. Seul de ces trois facteurs l'asthme génital fera l'objet de notre étude ; mais avant de l'aborder qu'il nous soit permis de citer seulement quelques autres manifestations, observées fréquemment chez les femmes, et qui ne sont pas à négliger.

Ainsi à côté de l'asthme génital, on a observé des NÉVROSES soit au moment de la puberté, ou des époques menstruelles, soit au cours de la grossesse ou de la ménopause.

L'établissement des fonctions génitales au moment de la puberté semble développer le sens olfactif ; les troubles de la menstruation sont capables de provoquer chez certaines femmes des sensations de *cacosmie* ; pendant la grossesse le sens de l'odorat semble être affiné d'une façon anormale (*hyperosmie*) et les perversions du sens olfactif ne sont pas rares ; enfin

Gottschalk (1) cite le cas d'une femme âgée de 36 ans, qui après ablation des ovaires voit survenir avec cette ménopause anticipée l'*anosmie* s'accompagnant de maux de tête, d'insomnies, de douleurs musculaires, de congestions diverses.

Le sens de l'odorat est donc soumis à l'influence des névroses réflexes.

Comme NÉVROPATHIES d'ordre génital, on peut observer au moment de la ménopause, les céphalées et les *névralgies isolées des branches du trijumeau* surtout celles des rameaux nasaux de l'ophtalmique. Elles se manifestent par des élancements douloureux à la partie antéro-supérieure de la fosse nasale. Elles sont souvent rebelles à tout traitement.

Certaines céphalées, et en particulier certaines céphalées pubérales, surtout étudiées par notre maître Dalché, sont dues à la congestion fluxionnaire de la muqueuse pituitaire, qui, tuméfiée, oblitère momentanément le sinus ; d'où rétention des mucosités qui ne peuvent plus s'écouler librement et exagèrent encore par là la tension à l'intérieur du sinus. Mais ces céphalées pubérales pourraient aussi être expliquées dans certains cas par une intoxication d'origine génitale.

Différentes infections peuvent également intervenir. C'est ainsi que certains auteurs ont rapporté des cas d'érysipèle en relation avec les règles et à

1. Gottschalk in Delacour, l. c.

point de départ nasal. Ce seraient des manifestations d'auto-infection. Le streptocoque localisé ordinairement au rhinopharynx, émigrerait par les fosses nasales jusqu'aux téguments de la face. La menstruation dans certains cas a une influence directe sur la virulence du streptocoque, et donne lieu à ces érysipèles à répétition connus sous le nom d'*érysipèle cataménial*.

Disons encore qu'on note particulièrement dans les états dysménorrhéiques, une turgescence de la muqueuse du nez qui a donné lieu à une thérapeutique de cautérisation par l'acide trichloracétique suivie par de nombreux auteurs.

L'ozène même semble être influencé par les troubles des organes génitaux.

Après la ménopause on peut invoquer, en plus des causes existant à la puberté et dans le courant de la vie génitale, l'hypertension, l'artériosclérose, l'hyperthrophie du cœur. C'est alors que les femmes présentent ces *épistaxis* rebelles si difficiles à arrêter. Le système polyglandulaire compensateur amène un éréthisme vasculo-nerveux aboutissant aux règles supplémentaires. D'après la statistique de Puech, les règles supplémentaires se font le plus souvent du côté de l'estomac, puis du mamelon, du poumon, de la muqueuse nasale.

Notons enfin les troubles nasaux dus au choc anaphylactique tels que les éternuements, l'enchifrèment, le rhume de cerveau avec hydorrhée abon-

dante apparaissant avant ou pendant les règles et enfin l'anosmie.

Nous les voyons précéder les crises d'asthme chez la malade citée dans l'observation numéro 2.

Le professeur Widal (1) et ses élèves les ont observés chez une malade âgée de 40 ans et qui présentait depuis onze ans des manifestations de choc colloïdoclasique. Chez elle ces troubles nasaux avaient pris une prédominance nette pendant trois ans sur les autres symptômes, et les crises de dyspnée asthmatiforme ne s'établirent que plus tard.

L'Asthme génital

Au point de vue de son mode d'apparition, l'asthme peut se présenter de la même façon que certaines des névroses que nous avons signalées plus haut.

Chez les femmes on l'observera particulièrement au moment des époques menstruelles, au cours de la gestation ou pendant la ménopause, qui, de tous les facteurs génitaux, est le plus fréquent et le plus puissant.

L'influence asthmogène du système génital est surtout nette chez la femme.

Chez les jeunes filles l'asthme peut se manifester pour la première fois au moment de la puberté ou

1. Widal, Abrami, Lermoyez, *Presse méd.*, 4 mars 1922, p. 190.

réapparaître à ce moment, lorsqu'il a déjà existé pendant la première enfance.

L'asthme utéro-ovarien au moment des époques menstruelles est classique. Le plus souvent l'accès franc ou le phénomène asthmoïde se produit deux, trois ou quatre jours avant l'arrivée des règles ; l'écoulement de sang l'atténue habituellement, parfois le « guérit » ; il est beaucoup plus rare de le noter à la fin des époques. Chez la malade que nous citons dans l'observation II, les accès d'asthme se produisaient le plus souvent trois jours avant l'apparition des règles.

Pour mettre en relief une relation entre les crises d'asthme et les époques menstruelles qu'il nous soit permis de citer les lignes suivantes écrites par Moncorgé (1).

« A Mont-Dore où sous l'influence du traitement thermal les règles subissent une avance parfois considérable de huit à dix jours, nous éprouvons de fréquentes surprises ; une crise est imminente, un accès éclate, on s'ingénie à en chercher la cause et celle-ci finit par se trahir elle-même par l'arrivée inattendue du flux menstruel. »

La grossesse exerce sur les crises d'asthme une influence variable. Elle peut être la cause de leur réapparition ou de leur première manifestation, et à l'inverse on a pu observer des cas où elle les faisait disparaître pour quelque temps. Le plus souvent

1. Moncorgé, *L'Asthme*, 3^e édit. Paris, Vigot, éd. 1920.

elle aggrave les accès, les multiplie, et chose curieuse, c'est la forme nasale qui subit presque toujours une aggravation du fait de la grossesse.

La ménopause aggrave l'asthme déjà existant, le fait revivre après une longue pause, ou le crée de toutes pièces. L'asthme nasal, dont les crises précèdent les règles, s'accompagne souvent d'une hydroporrhée nasale abondante. La muqueuse du cornet inférieur et moyen est tuméfiée. Cette congestion provoque de la gêne respiratoire et c'est elle qui déclenche les crises d'asthme par irritation réflexe. La face est congestionnée, la malade cherche sa respiration, la dyspnée est intense et une débâcle hydroporrhéique avec mouchage et expulsion de sécrétions aqueuses résulte de cette congestion cataméniale. Chez certaines femmes M. Dalché a observé en même temps une hydroporrhée utérine. Moncorgé (1) affirme aussi avoir observé des cas où l'éternuement, l'enchifrènement, la rhinorrhée avec hyperémie et hyperesthésie nasales accompagnent les crises d'asthme.

Voyons comment ont évolué les notions que nous possédons aujourd'hui sur cette affection et ses rapports avec le nez et les organes génitaux.

En suivant l'ordre chronologique de cette question, on admet avec Voltolini (2) sous le terme de *névrose réflexe nasale* une relation entre les affections nasales et les manifestations « nerveuses » parmi les-

1. Moncorgé, *L'Asthme*, 3^e édit., 1920. Paris, Vigot, éd

2. Volsolini, *Die Anwendung des Galvanokostick*. Wien, 1873.

quelles l'asthme joue un rôle important. Voltolini l'étudia particulièrement et attira l'attention sur l'importance primitive du nez.

Hack (1) fut aussi un de ceux qui l'étudièrent à ce point de vue ; il rechercha les endroits du nez spécialement sensibles et les étendit à de nombreuses portions du nez. Cette conception fut ultérieurement restreinte à certains points spéciaux, seuls capables de provoquer les névroses réflexes.

Bien plus tard Killian (2) a démontré expérimentalement, conformément aux théories de Hack, la présence de deux points typiques à peu près identiques à ceux décrits par Fliess. Rossback (3) fut le premier à soutenir la manifestation possible d'une névrose réflexe nasale sur une constitution neuropathique (Jurasy (4), Küttner) (5). Cette névrose peut être en liaison avec les voies dépendantes du système génital.

Windscheid (6) a plus tard étudié ces réflexes génitaux. Pour les expliquer il faut admettre une accumulation des excitations ; d'autre part il faut admettre que celles-ci sont dues à une sensibilité

1. Hack, *Berl. Klin. Woch.*, p. 25, 1882 ; *Deutsche med. Woch.*, p. 28, 1887, p. 435 ; *Die op. Behandlung bestim. Formen von Migrain* : Wiesbaden, 1884.

2. Killian, *Deutsche med. Woch.*, 40, 1910, XVII. Kon. Deutsch. Laryngol., in Dresden, 1910, p. 108.

3. In Kunge, *Die Nase und ihre Beziehungen zur übrigen Körper*. Thèse Iena, 1885.

4. Jurasy, in *Menge Handbuch Wien*, 1900, III, 2, p. 653.

5. Kuttner, *Die Nasale Reflexnevrose und die normalen Nasen reflex*, Berlin, 1909.

6. Windscheid, *Zentr. f. gynec.*, 1901, p. 1316.

exagérée du système nerveux, sous l'influence d'une émotion purement psychique, ou de cause encore plus éloignée, telle que la constipation (Graolb). Dans ces conditions les contractions utérines douloureuses (dans les menstruations) sont exagérées, comme dans la dysmenorrhée nerveuse primitive (Menge) (1) ou idiopathique (Chierci) (2); ceci est non seulement dû à une excitabilité exagérée en général (Krœnig) (3), mais encore à la somme totale des excitations provenant du nez et modifiées par les règles. On comprend ainsi qu'en traitant le nez, on fait disparaître un des éléments de la névrose réflexe capable de produire des perturbations dans la sphère génitale.

Moncorgé tend à admettre le rôle de l'excitabilité réflexe du système nerveux à point de départ nasal, ou mieux partant des zones sensibles du nez, devenues hyperexcitables; mais la poussée fluxionnaire et les perturbations vasculaires sont le fait primordial.

Ainsi nous arrivons aux théories de la poussée fluxionnaire, de l'infection, de l'intoxication, etc., dont nous avons déjà parlé à propos des relations entre le nez et les organes génitaux de la femme.

Depuis que l'action des sécrétions des glandes endocrines est mieux connue, une série de travaux sur le rapport entre le dysfonctionnement de ces

1. Menge, *Zentr. f. gynec.*, 1901, p. 1367.

2. Chierci, *Zentr. f. gynec.*, 1907, p. 204.

3. Krœnig, *Zentr. f. gynec.*, 1903, p. 1273.

glandes et l'apparition des crises d'asthme a été publiée. Les premiers auteurs comme Gauthier de Charolles, Nicoll, Lévi et Henri de Rothschild établissent un lien entre l'asthme et les dysthyroïdies. Mais la relation étroite entre toutes les glandes à sécrétion interne, particulièrement la glande thyroïde et les ovaires, met à nouveau ceux-ci en question.

Gauthier (1) remarque que dans les cas d'asthme thyroïdien, qu'il a suivi, il existait un rapport entre cet asthme et les actes de la vie génitale féminine. Les accès à peu près mensuels survenaient à l'époque des règles.

La disparition des accès d'asthme pendant la grossesse qui se retrouve chez les malades de Lay a été signalée par Hertoghe (2), Rapin (3). Quatre grossesses successives mirent la malade de Rapin à l'abri d'urticaire et d'asthme.

Depuis le travail de Nicoll, signalé par Léopold Lévi et Henri de Rothschild, sur 32 malades, 16 présentèrent une période d'amélioration et de guérison apparente de leur asthme, pendant la grossesse.

On voit ainsi qu'il en est de l'asthme comme de la migraine en ce qui concerne les rapports de ces syndromes avec la vie sexuelle de la femme.

1. Gautier et de Charolles, *Les médications thyroïdiennes*. J.-B. Baillière, p. 218. Paris, 1908.

2. Hertoghe, *Nouvelles recherches sur les arrêts de croissance et l'infantilisme* (Bull. Acad. roy. de Méd. de Belg. Séance du 30 octobre 1898).

3. Rapin, *Des angionévroses familiales*. Genève, 1908, p. 52.

C'est à Léopold Lévi (1) que l'on doit d'avoir mis en lumière les notions de l'asthme ovarien. Il l'explique par l'« amoindrissement de la sécrétion interne
« de cet organe, qui produit des troubles neuro-hu-
« moraux avec perturbation du centre asthmogène,
« surtout lorsqu'il est prédisposé, et alors s'installe
« un asthme ovarien, que peut faire disparaître,
« d'autre part, l'opothérapie ovarienne.

« Le traitement ovarien agirait en régularisant le
« fonctionnement de la thyroïde, en produisant une
« sorte d'opothérapie antagoniste. »

Léopold Lévi et Henri de Rothschild rapportent une observation caractéristique, dont nous donnons le résumé :

Hérédité, bronchites, émotions, neuroarthritisme par instabilité thyroïdienne. Insuffisance ovarienne. Asthme ovarien. Amélioration par les lutéino-thérapie. Recherche. Nouvelle transformation par la reprise du traitement.

Il s'agissait d'une malade âgée de 32 ans qui entre à l'hôpital Necker (Dr Huchard) le 29 septembre 1908. Elle présente un cas d'asthme extrêmement accusé, successivement traité dans de nombreux hôpitaux. Soumise au traitement thyroïdien, celui-ci n'a pas d'action vraiment manifeste sur les crises d'asthme. Tout au plus a-t-il amélioré le sommeil, l'appétit, la constipation, l'oppression continuelle. Constatant qu'elle était mal réglée et qu'aux moments où ses règles

1. Léopold (Lévi), *Pathogenie de l'asthme thyroïdien et ovarien*. (Arch. gén. de Méd., 1912, p. 217).

manquent son asthme augmente, notamment pendant les six mois d'aménorrhée faisant suite à une fièvre typhoïde, on soumet cette malade au traitement par le corps jaune. Aussitôt, elle respire mieux, tousse moins, a plus d'appétit et de sommeil et sent revenir ses forces. En résumé, malgré le retour de l'oppression, elle s'est améliorée d'une façon générale et a augmenté considérablement de poids. Après avoir pris 80 cachets, elle se déclare mieux que depuis trois ans. Elle reste sept mois sans un seul accès d'asthme véritable.

Revenue dans sa famille, éprouvant de vives émotions, des discussions, elle est reprise de crises d'abord moins fortes qu'auparavant, mais qui vont en s'accroissant comme intensité et comme durée.

Son état s'améliore nettement sous la nouvelle influence du corps jaune pris en grande quantité. L'appétit, le sommeil s'améliorent, l'oppression s'atténue ; elle engraisse de 2 kilogrammes.

A remarquer qu'à la suite de l'emploi du corps jaune il y eut retour régulier de menstrues.

Le fait que le corps jaune peut agir sur un certain nombre d'accidents de neuro-arthritisme, conduit à penser que les troubles de la sécrétion interne de l'ovaire, par leur action sur la nutrition et sur le système nerveux peuvent contribuer à produire un certain degré de neuro-arthritisme.

C'est cette manière de voir qui conduisit le professeur Widal et ses élèves à formuler la théorie de la colloïdoclasie créée par les glandes endocrines.

L'influence de l'ovaire sur la production de l'asthme a été évidente dans le cas précité et ce qu'on peut considérer comme certain, c'est qu'au point de vue thérapeutique dans une forme sévère d'asthme le corps jaune a pu donner un bon résultat.

Mac Bean Ross (1) et Rolleston rapportent un cas récent d'une femme atteinte de ménopause à la suite d'application du radium dans la cavité utérine. En relation avec cet état on voit se manifester un asthme nasal qui ne céda à aucun des traitements habituels. Pensant à une origine ovarienne due à l'insuffisance de la sécrétion de l'ovaire, les auteurs soulagèrent leur malade à un traitement opothérapique d'extrait ovarien par voie buccale. Au troisième jour les crises d'asthme disparurent.

Les auteurs concluent que l'asthme peut être dû à la déficience d'une des sécrétions internes et c'est ainsi qu'on rapporte des succès obtenus avec de l'adrénaline, des extraits hypophysaire et ovarien.

Rolleston (1) pense que par la suppression brusque de la fonction ovarienne, il se produit une sécrétion excessive de la thyroïde excitant le système nerveux central et produisant secondairement une crise d'asthme.

Enfin M. Widal (2) et ses élèves rapportent le cas d'une asthmatique qui souffrait depuis vingt-trois

1. Mac Bean Ross (J. W.) et Rolleston. (A. D.), *Asthma and the radium ménopause* (*Brit med. Journ.*, 2 janvier 1912, p. 12-13).

2. Widal, Abrami et de Gennes, *Colloïdoclasie et glandes endocrines* (*Presse méd.*, 6 mai 1922).

ans de crises, dépendant du fonctionnement des glandes ovariennes d'abord, de la thyroïde ensuite ; ils écrivent que les troubles du fonctionnement des glandes endocrines ont été capables de sensibiliser cette malade jusqu'à un état anaphylactique ou tout au moins d'entretenir un état d'instabilité de l'équilibre colloïdo-plasmatique. L'asthme chez elle n'était que la traduction d'un choc de cet ordre. L'opothérapie suppléant les glandes déficientes et rétablissant ainsi l'équilibre sanguin, fit disparaître les crises tant que dura le traitement. On ne peut pas douter dans le cas qu'ils citent, de l'influence que les qualités du milieu intérieur exercent sur la genèse des phénomènes de l'anaphylaxie spontanée.

PATHOGÉNIE

Pour expliquer la pathogénie de l'asthme génital, de nombreuses théories ont été émises récemment :

Ainsi on a incriminé la *sécrétion* de l'utérus dont les toxiques déclancheraient la crise d'asthme directement à la façon de l'asthme toxique.

La déviation de l'utérus soit en antéflexion ou en rétroflexion, qui serait capable de provoquer la crise d'asthme par voie réflexe en irritant le système nerveux.

La dysovarie, qu'on observe le plus souvent au moment de la ménopause, est celle qui est le plus

souvent en cause. Il y a une instabilité vasculaires qui provoque la congestion de la muqueuse nasale et celle-ci de son côté irrite les terminaisons nerveuses.

M. Widal et ses élèves, émettent l'hypothèse de l'intervention probable d'une susceptibilité particulière des centres bulbo-médullaires. Ceux-ci semblent très irritables par les modifications humorales du genre colloïdoclasique.

« De Nach a montré que le centre respiratoire était le premier impressionné par le choc anaphylactique et Bellard y voit la conséquence du dispositif lipoïdique spécial aux centres bulbaires et des incitations immédiates, qu'ils reçoivent des nerfs de la vie végétative, qui dénués de gaine myélinique, subissent plus facilement le choc de rupture d'équilibre humoral (asthme et anaphylaxie).

Les travaux de Biedl et Kraus (2) d'une part, Boucher et Hustin (3) d'autre part, permettent d'expliquer le mécanisme par lequel le trouble endocrinien aboutit à l'anaphylaxie respiratoire. Le dysfonctionnement des glandes à sécrétion interne provoquerait une perturbation dans le fonctionnement des appareils vago-sympathiques. Nous avons déjà eu

1. Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, *Appareil respiratoire. Traité de Pathologie médicale*. Paris, 1922, p. 22.

2. Biedl et Kraus, *Experiment. Studie über Anaphylax.* (Wien. Klin. Woch., mai 1909, p. 363 et Zeitschr. f. Immunität, 1910, p. 205 et 408.

3. Boucher et Hustin, *le Choc vasothrophique* (Mém. à l'Acad. roy. Belg., 1919 et 1920).

l'occasion de parler de cette théorie neuro-glandulaire au cours de notre travail.

Un autre point intéressant c'est le milieu humoral : M. Widal (1) attribue à l'excès ou au défaut dans ce milieu des produits de sécrétions des glandes internes, l'instabilité colloïdoplasmatique propice à l'éclosion des phénomènes anaphylactiques. Mais il ne faut pas négliger les « tares humorales » héréditaires auxquelles viennent s'ajouter seulement les causes glandulaires.

« Ne s'anaphylactise pas qui veut », écrit M. Widal. Le seul fait de pouvoir se sensibiliser semble la marque d'un état pathologique qui paraît transmissible héréditairement. »

C'est chez les filles des diabétiques, des goutteux, neuro-arthritiques qu'on observe à propos du molimen cataménial des accidents comme la dyspepsie nerveuse menstruelle, les céphalées, migraines..., dit M. Dalché (2).

Par analogie, ce sera chez les filles de ces mêmes diabétiques, goutteux ou neuro-arthritiques que l'on rencontrera le plus souvent l'asthme au cours de la dysovarie.

Enfin nous arrivons au troisième facteur, que M. Widal appelle « tare fonctionnelle ». « L'aptitude native ou acquise de tel ou tel groupe cellulaire à subir le choc commanderait en quel-

1. Widal, Abrami et de gennes, *Colloïdoclasie et glandes endocrines Presse méd.*, 6 mai 1922 .

2. Dalché, *Molimen cataménial et ses accidents*. Leçon clinique à l'Hôtel-Dieu, 17 mai 1923.

« que sorte la localisation organique de la colloïdo-clasie. »

Les polypes de la muqueuse nasale, sa congestion au moment des règles, toute irritation sont capables d'engendrer l'anaphylaxie respiratoire chez un sujet en état d'instabilité colloïdoclasique acquise (glandulaire).

TRAITEMENT

Comme en face d'une trouble d'origine anaphylactique, ce traitement logique consistera à désensibiliser la malade.

Ravaut (1) conseille l'autohémothérapie. Celle-ci consiste dans le prélèvement de 10 à 20 centimètres cubes de sang par la ponction d'une veine et en injectant la même quantité sous la peau.

Achard et Flandin préconisent l'autosérothérapie. Sur 20 centimètres cubes de sang, ils retirent le sérum ; le premier jour ils injectent $1/4$ de centimètre cube de ce sérum, puis progressivement augmentent de $1/4$ de centimètre cube jusqu'à donner 8 à 12 injections en tout.

Quand la désensibilisation directe ne peut pas être tentée, on s'adressera à une désensibilisation non spécifique par la peptone ; celle-ci sera absorbée par voie buccale trois quart d'heures avant le déjeuner à la dose de 0 gr. 50. C'est la thérapeutique employée

1. Ravaut, *Presse méd.*, 26 mai 1923, p. 476.

le plus volontiers par notre maître au début ; ce traitement est suivi ultérieurement par l'opothérapie thyro-ovarienne, qui agit aussi comme stimulant glandulaire et qui exige un emploi prolongé.

Vis-à-vis de phénomènes anaphylactiques on s'est adressé à l'adrénaline. Notre maître l'a bannie de sa pratique en gynécologie, car autant son action est immédiate, autant elle est peu durable.

Quand les crises d'asthme sont accompagnées d'hydrorrhée nasale, le traitement local des fosses nasales sera appliqué pour rétablir la perméabilité des voies respiratoires s'il y a obstruction. Il consistera en ablation des polypes, ou en résection de crête osseuse. Si les voies respiratoires ne sont pas obstruées, on se contentera de cautériser la muqueuse nasale du cornet inférieur avec une solution de cocaïne au 1/10 et d'huile iodée à 1/20.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme J..., 42 ans, vient consulter à l'Hôtel-Dieu, service de M. Dalché le 21 février 1923 pour des crises d'asthme.

Antécédents héréditaires. — Père asthmatique mort à 56 ans. Mère rien à noter.

Antécédents personnels. — Régée à 13 ans. Mariée à 26 ans. Règles sont en avance, prolongées, abondantes, douloureuses. Depuis toujours nervosité excessive. On note une grossesse et un accouchement il y a quinze ans.

Un an après cet accouchement apparaît la première crise d'asthme qui s'est renouvelée depuis.

De même c'est depuis cet accouchement que les règles de viennent douloureuses, irrégulières, avec des phases d'aménorrhée de six mois, de huit mois, de deux ans et demi.

Elle a eu une grossesse nerveuse ayant durée sept mois et demi. Cet état fut accompagné d'augmentation de volume du ventre et de montée laiteuse.

Pendant la suppression des règles elle n'a pas eu de crises d'asthme. Après cette interruption des règles, qui a duré deux ans et demi l'asthme n'a reparu que trois mois avant le retour des règles.

Cet asthme est toujours nocturne. Il y a jusqu'à deux accès par la suite, un vers minuit et demi, l'autre vers

5 heures du matin. En nourrissant son enfant elle a eu jusqu'à trois accès d'asthme.

Depuis quelques années sont survenues des bronchites assez fréquentes avec expectoration et fièvre, au cours desquelles les crises d'asthme, de même qu'à la suite d'une grippe récente disparaissaient.

Il n'y a pas de dyspnée d'effort mais on observe d'autre part un *urticaire* dont les poussées sont inévitablement provoquées par l'ingestion de crustacés et par le port de la soie artificielle. Les jours qui correspondent aux règles absentes, il n'y a pas d'accès d'asthme. Tous ces symptômes indiquent un état de diathèse colloïdoclasique et de dysfonctionnement endocrinien.

Pas de bouffées de chaleur, mais *céphalées* bizarres et particulières. Pas de mal dans les articulations, pas de constipation habituelle. Quelques bourdonnements d'oreilles.

● On a réséqué les cornets moyens sans résultat.

A plusieurs reprises excès d'acide urique et de sable dans les urines.

Etat neurasthénique depuis la mort d'un enfant.

Pas de troubles digestifs.

Rien au poumon.

Thyroïde petite.

Tension artérielle Mx 14 1/2 Mn 8 1/2.

Examen génital. — Matrice un peu basse, petite et encore presque pubescente.

Petit arrêt de développement. Frigidité.

Le traitement : bain de siège chaud avec injection chaude dans l'eau de bain. Peptone 0,50 ctgr. trois quarts d'heure

avant le repas, alternant avec une opothérapie thyroïdienne.
Cette malade est toujours en cours d'observation.

D'après l'opinion de M. Dalché, c'est une malade présentant des signes de débilité glandulaire, l'ovaire fatigué par la grossesse est devenu d'autant plus insuffisant.

Chez une colloïdoclasique héréditaire, le dysfonctionnement glandulaire a été la cause des phénomènes anaphylactiques se manifestant par des crises d'asthme.

« Il est délicat à l'heure actuelle de séparer nettement ce qui appartient à la simple colloïdoclasie et ce qui dépend de l'anaphylaxie », écrit Ravaut (1).

Toutefois chez notre malade on peut affirmer que les premières crises d'asthme datent depuis que les fonctions ovariennes se sont montrées instables et que ce sont elles qu'il faut mettre comme cause des manifestations pathologiques. Il est probable que cette cause détermine un choc grâce à la diathèse colloïdoclasique, de même qu'elle aurait pu sensibiliser la femme progressivement, pour aboutir à l'anaphylaxie.

OBSERVATION II

Mme R..., entre à l'hôpital Hôtel-Dieu, service du Docteur Dalché le 9 avril 1923 pour des crises asthmatiformes.

C'est une femme de 27 ans assez bien constituée, sans antécédent familial notable.

1. Ravaut, *Presse médicale*, 26 mai 1923, p. 473.

Le début de l'affection, aussi bien que les caractères des premières crises, sont assez mal précisées par la malade. Toutefois elle se souvient qu'à l'état virginal elle ne les avait pas.

C'est en 1918 qu'on la voit pour la première fois à l'hôpital Hôtel-Dieu pour des crises de dyspnée.

D'une façon générale ces crises auraient consisté en une dyspnée très vive, accompagnée d'une toux sèche, à laquelle fait suite une expectoration peu abondante, sans caractère spécial. La malade ne se souvient pas que ces crises dyspnéiques aient été précédées à cette période de début d'une phase *d'hydrorrhée nasale*. Tout au plus dit-elle qu'elle est sujette aux « rhumes de cerveau ». Mais elle n'a pas remarqué encore, ou elle ne se souvient plus, d'un rapport quelconque entre ces « rhumes » et les crises dyspnéiques.

Ces crises sont à cette période de début tout à fait irrégulières, aussi bien dans leur mode d'apparition, que dans leur durée. Elles apparaissent en effet à des intervalles d'une semaine, ou d'un mois, survenant vers dix heures du soir, ou dans la journée et durant de quelques heures à tout un jour. Dans l'intervalle des crises la malade tousse un peu, mais son état général reste dans l'ensemble assez satisfaisant.

Pendant toute cette période la malade ne se souvient pas non plus d'avoir observé un rapport quelconque entre les crises dyspnéiques et ses règles.

Cependant il y a deux ans environ, les crises deviennent de plus en plus intenses et rapprochées. La malade se décide à venir à l'hôpital. Elle remarque que *sa dernière crise est*

apparue trois à quatre jours avant les règles, en s'arrêtant au moment de leur apparition.

Séjour de quinze jours, salle Sainte-Anne.

Un an se passe sans crises. Pendant ce temps ses règles sont toujours retardées mais sans déclancher de crise. Par contre *céphalées* très fréquentes.

En août 1922 nouvelle crise trois jours avant les règles.

En septembre et octobre elles reviennent avec le même intervalle de trois jours entre la crise et l'arrivée des règles. Celles-ci sont accompagnées d'une poussée *d'herpès*. C'est vers cette époque que les crises dyspnéiques commencent à prendre certains caractères, qu'elles n'avaient pas auparavant : la malade note en effet qu'elles sont précédées par un frisson, puis une douleur vive siégeant à la partie toute inférieure du thorax et au niveau des lombes. Enfin la dyspnée apparaît toujours accompagnée de cette douleur, qui cesse seulement lorsque la crise est terminée.

Le rapport très net existe entre les crises dyspnéiques et ses époques menstruelles, les crises précèdent ses règles de huit jours.

Celles-ci ont débuté à l'âge de 16 ans 1/2 : normales comme durée c'est surtout après une fausse couche faite à l'âge de 17 ans qu'elles sont irrégulières et retardent de cinq à dix jours. (Donc la dysovarie s'accroît par l'ovaire fatigué. A remarquer cette régularité des époques menstruelles correspondant avec une plus grande régularité des crises d'asthme).

Cependant la malade a noté que depuis le mois d'octobre 1922 jusqu'à présent, ses règles ont tout d'un coup acquis une grande régularité, sans présenter une seule fois ce retard de cinq à dix jours qui leur était habituel. Quoi qu'il en soit

les crises de dyspnée continuent à se manifester de temps à autre, toujours huit jours avant les règles.

Les souvenirs de la malade sont surtout précis en ce qui concerne les trois mois qui viennent de s'écouler.

A trois reprises durant cette période elle a présenté des crises asthmatiformes, précédées et accompagnées de douleurs thoraco-lombaires, et toujours huit jours avant les règles, qui n'apparaissent donc que lorsque ces derniers phénomènes ont cessé.

Dans les jours qui ont précédé les dernières règles, la malade affirme avoir présenté une *hydrorrhée nasale* accompagnée d'éternuements répétés, puis la crise de dyspnée est survenue au bout de trois jours. Mais au lieu d'une seule crise dyspnéique survenant huit jours avant les règles, la malade pendant cette période en a noté *trois*, dont la dernière n'a cessé qu'avec l'apparition des règles. (Cette fréquence s'exagère par les phénomènes traduisant son état humoral.)

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures. En 1915 une *poussée d'urticaire*. Serait sujette aux *migraines*. Fausse couche de trois mois et demi en 1917. Premiers rapports à dix-sept ans.

Examen le 13 avril 1923.

Appareil pulmonaire : râles de bronchite disséminés dans tout le champ pulmonaire. Cœur normal. Pouls bat 48 pulsations.

Appareil génital : dans le cul-de-sac postérieur petite masse mobile, dure, qui n'est pas l'utérus en rétroflexion et qui semble être une masse tubo-ovarienne tombée dans le Douglas.

La malade est sortie de l'hôpital quelques jours après pour continuer à se soigner chez elle.

Dans l'observation suivante malgré que la malade n'était pas asthmatique, elle présentait néanmoins certains phénomènes de même ordre et conséquents à la dysovarie, dignes d'être rapportés.

OBSERVATION III

(Service de M. le D^r Dalché)

Mme G..., 39 ans, coloriste.

La malade, âgée de 39 ans, coloriste, vient consulter, pour des céphalées intenses, rebelles et qui durent depuis trois ans.

Caractère des céphalées. — Ces céphalées commencent le matin au réveil, la malade sent venir la crise. La douleur s'installe lancinante, continue, avec, parfois, sensation de battements. Elle occupe toute la voûte crânienne depuis le vertex jusqu'à l'occiput. Elle cesse généralement vers le soir et ne se reproduit pas la nuit. Ces céphalées sont quotidiennes.

Les maux de tête s'accompagnent de troubles de la mémoire. Quelques rares nausées sans vomissements.

Antécédents génitaux. — Réglée à 17 ans. Règles abondantes, très peu douloureuses, régulières. Pas de pertes blanches ni rouges intermenstruelles.

Mariée à 27 ans. Aucun changement dans le caractère des règles. Rien à signaler au point de vue génital.

Mère à 29 ans. Rien à signaler pendant la grossesse.

Accouchement spontané, enfant vivant, bien portant, aucune suite.

Fausse couche à 36 ans de 7 semaines (?) reconnue par un médecin. Fièvre, curettage quelques jours après. Un mois après débutent les maux de tête dont se plaint la malade.

Les règles sont moins abondantes depuis six mois, durent trois jours au lieu de cinq jours. Frigidité complète depuis la fausse couche. Cependant les rapports éveillent les céphalées quand elles n'existent pas ou les exacerbent quand elles existent.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 41 ans.

Mère morte à 47 ans (?)

Frère et sœur bien portants.

Examen. — Malade pas très grande, plutôt amaigrie. Hyperparotidie élargissant la face. Extrémités froides et cyanosées, phalangettes élargies ainsi que les orteils. Genu valgum gauche, pas de scoliose, rien de particulier à signaler dans la marche.

Poumon et cœur rien à signaler. Cependant tachycardie 84 le 7 mars. Tension artérielle au Pachon 14-8.

Appareil digestif. — Appétit excellent même durant les céphalées, pas de constipation, ne souffre jamais du ventre.

Appareil urinaire. — Urine bien, pas d'albumine, pas de sucre.

Système nerveux. — Réflexes légèrement augmentés. Le caractère a subi des modifications depuis que la malade souffre de céphalées, nervosisme, irritabilité.

A rappeler les troubles de la mémoire et la frigidité.

Etat général. — Asthénie depuis la fausse-couche. La

malade se plaint de rachialgie et d'arthralgie aux genoux et aux poignets. Sujette aux *crises d'urticaire* après ingestion de certains aliments. Pas de prurit en dehors des crises d'urticaire. Demême *herpès* labial fréquent.

Examen du nez. — L'examen du nez montre la muqueuse nasale congestionnée, tomenteuse, hypertrophiée. Présente les signes très nets de catarrhe ethmoïdal.

Examen génital. — Rétroflexion de l'utérus.

CONCLUSIONS

Il existe des relations physio-pathologiques entre l'appareil nasal et la sphère génitale de la femme. Certains états particuliers des organes génitaux au moment de la puberté, des époques menstruelles de la grossesse et de la ménopause, peuvent être le point de départ des troubles nasaux tels que *l'épistaxis*, *l'hyperthrophie congestive du cornet inférieur*, *l'ozène* et les *névroses nasales* diverses. Si parmi ces accidents il en est qui reconnaissent à leur origine des poussées congestives, des actions réflexes, des influences toxiques ou infectieuses exogènes et endogènes, il en est qui sont dus à un choc anaphylactique.

Parmi les névroses *l'asthme génital* mérite une attention particulière. Le point de départ de cet asthme génital devrait être attribué aux modifications des sécrétions endocrines au cours de certaines époques de la vie génitale de la femme. Les troubles de la sécrétion seraient capables de la sensibiliser jusqu'à un véritable état anaphylactique. Mais souvent aussi le rôle d'un terrain prédisposé serait encore la base de tout. Il s'agirait d'une tare humorale, d'une instabilité de l'équilibre colloïdo-plas-

matique. Le dysfonctionnement endocrinien serait capable de rompre cet équilibre déjà instable, et le choc se traduirait par des manifestations pathologiques telles que l'asthme. C'est au moment d'un grand travail de tout l'organisme et de perturbation vasculaire comme à la puberté, aux époques menstruelles ou à la ménopause, que les fonctions ovariennes engendreraient le plus souvent ce symptôme pathologique.

Ainsi conçu l'asthme génital est une manifestation cataméniale traduisant un véritable choc anaphylactique.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu : le Président de la thèse,
P. MÉNÉTRIER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Ameuille et Bordet.* — Asthme in Traité de médecine « Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix ».
- Andrews (B. F.).* Some reflex manifestations of intranasal origin, suggested nerve path. through which they may travel and operations for their relief. (J. Opth.-Oto-Laryngol. Chigaco, 1915, IX, 354-360).
- Audebert in Le Noir.* — Asthme (Traité de Médecine et Thérapeutique, p. 835).
- Bab (H.).* — Neben menstruel Nasenbluten und seine organo-therapeutische Behandlung (Munch. med. Woche., 1917, LXIV, 1455-1491 ; Med. Klin. Berl., 1917, XIII, 1101).
- Bettison (L.).* — Nasal affection in relation to general medicine (Fort Worth, 1916-1917, XI, 26-28).
- Bield et Krauss.* — Experiment. Studie uber Anaphylaxie (Wien. Klin. Woch., mai 1905 et Zeitsch. f. Immunität, 1920, p. 205 et 408).
- Boshomons (H.).* — Asthma, eczem. menopause (Med. Weckbl., Amsterdam, 1918-1919, XXI, 705-708).
- Boucher et Hustin.* — Le choc vasothrophique (Mém. à l'Acad. roy. Belg., 1919 et 1920).
- Boulai.* — Les réflexes éloignés en oto-rhino-laryngolog. (Clinique Par., 1914, IX, 121, 138, 153).
- Branca.* — Traité d'histologie, 3e édit., 1914.
- Chierci.* — Zentr. f. Laryngol., 1907, p. 204.
- Dalché.* — Céphalée pubérale (Gazette des H., 1908, p. 447).
- De quelques troubles rhino-pharyngés, laryngés et otitiques en rapport avec l'état génital de la femme (Concours médical, 16 octobre 1921).
- Dysménorrhée et opothérapie (Rev. mens. de Gynec. et d'Obst. et de Pédiatr. Paris, 1913 ; Gazette des H. de 1908, p. 447).
- Hyperparotidie (Presse méd., 3 nov. 1920).
- Maladies des femmes et troubles nerveux. Paris, 1921. Vigot, éditeur.

- Opothérapie et maladies des femmes (Sciences méd., 1921).
- Dalché.* — Règles supplémentaires et déviées. Rôle de l'émotion (Sciences Méd., juillet 1922).
- Decio (C.).* — Asma et gravidanza (Folia Gynec. Pavia, 1921, p. 125-186).
- Delacour.* — Relations entre la sphère génitale et les voies respiratoires supérieures (La Semaine gynécologique, 1913, p. 205-213).
- Thèse Paris, 1904.
- Duran (R.).* — Rapport de l'anaphylaxie avec la grossesse (Rev. esp. d'Obst. et Gynec., oct 1920, p. 450).
- Falta.* — Relation between nose and femal generative organ (Un gen. Med. Press., 1905, t. X, p. 543).
- Fischberg.* — Treatment of certain forme of asthma with ovarian substance (Med. and Surg. St-Louis, 1918, t. II).
- Fliess.* — Die Beziehungen zwischen Nase und die weiblichen geschlechts organe (Leipsig, Wien. Deutsche, 1897).
- Frank (Fr.).* — Archives de Physiologie normale et pathologique, 1889, p. 539-555.
- Gauthier de Charolles.* — Les médications thyroïdiennes. Paris, 1908, J.-B. Baillière.
- Gley.* — Physiologie, 4^e édit., 1918.
- Hack.* — Berl. Klin. Woch., 1882, p. 25.
- Deutsche Med. Woch., 1884, p. 28 et 435.
- Die operative Behandlung bestim. Formen von Migrain. Wiesbaden, 1884).
- Hagemann (J. A.).* — The correlation between olfactory and genital fonction in the human female (Med. Press. et circ. Lond., 1916, CLII, 195 ; Med. R., 1915, LXXXVII, 1091).
- Hertoghe.* — Nouvelles recherches sur les arrêts de croissance et l'infantilisme (Bull. Acad. Roy., de Méd. de Belg., Séance du 30 oct. 1898).
- Hopvenahl (A.).* — Einige Studien uber die nasalen « Reflex-nervosen » (Acta oto-rhinol. Stockholm, 1918-1919, p. 315-342).
- Joal.* — Sur certains phénomènes de la ménopause d'origine génito-nasale (Rev. de Laryngol. Paris, 1884, IX, 721-727).
- Jurasy.* — In Allg. Handbuch. Wien., 1907, III, p. 153.
- Killian.* — Deutsche Med. Woch., 1910.
- Kon. Deutsche Laryngol in Dresden, 1910, p. 108.
- Kreiselbach.* — Neben spontane Nasenblutung (Berl. Klin. Woch., 1884, n° 14).
- Krönig.* — Zentr. f. Gynecol., 1903, p. 1273.
- Küttner.* — Die Nase Reflexnevrose und die normalen Nasen-reflex. Berl., 1904.

- Léopold (Lévi).* — Pathogénie de l'asthme thyroïdien et ovarien (Arch. gén. de Méd., 1912, p. 217).
- Lévi (Léopold) et Rotschild (H. de).* — Nouvelles études sur la physiopathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines, 2^e éd. Doin fils, 1911, p. 393.
- Lumière et Couturier.* — Grossesse et phénomènes de choc anaphylactique (C. R. Acad. des Sc., 1921, p. 772).
- Résistance des femelles en gestation aux chocs anaphylactiques et anaphylactoides (C. R. Acad. Sciences, 1922, p. 495).
- Mayer.* — The successful intranasal treatment of affections nose less remote from that organ (Laryngoscope, 1916, XXVI, 81-92).
- Meuge.* — Zentr. f., gyn., 1901, p. 1367.
- Moncorgé.* — L'asthme, 3^e éd., 1920, Vigot, 252.
- Novac.* — Menstruation and its disorders. London, 1921, Appleton, 80, p. 357.
- Prenn (J.).* — Nasal leucorrhage (Boston, M. S. J., 1921, p. 599-601).
- Rapin.* — Des angionévroses familiales. Genève, 1908, p. 52.
- Ravaut.* — Syphilis héréditaire et phénomène de sensibilisation (Presse méd., 26 mai 1923, p. 473).
- Robin et Dalché.* — Traitement médical des maladies des femmes. Vigot, éd., 1922.
- Rosback (in Kunge).* — Die Nase und ihre Beziehungen zu übrigen Körper. Thèse Iéna, 1886.
- Ruault.* — Les névropathies réflexes d'origine nasale (Gazette des Hôp., 1887).
- Schickele (G.).* — De Beziehungen der Menstruation zu allgemeiner und organischer Erkrankungen (Ergeb. d. in. med. u. kind. Bel., 1913, XII, 386-488).
- Schiff.* — Neben die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Sexualorganen (Ges. d. Aerz. Wien., II, 1901).
- Schoolmann (N.).* — The importance of nasal affection in general practice. Chicago, 1917, XXXII, 314-317.
- Segard.* — La pathologie de l'asthme; quelques théories récentes (Revue de Méd., 1921, p. 457-770).
- Seifert.* — Kritische Studie zur Lehre und Zusammenhang zwischen Nase und Geschlechtsorganen (Zeitschrift für Laryngol. Rhinol und ihre Grenzgebiete, 1912, t. V, p. 431).
- Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix.* — App. respiratoire (Traité de Pathol. méd. Paris, 1922, p. 22).
- Sicard.* — Système sympathique et syst. autonome (Revue médicale française, oct. 1922, p. 267).
- Testut.* — Anatomie descriptive.
- Voltolini.* — Die Anwendung der Galvanokostik Wien., 1871.

Widal, Abrami, Lermoyez. — Anaphylaxie et idiosyncrasie (Presse méd. 1922, p. 190).

Widal, Abrami et de Gennes. — Colloïdoclasie et glandes endocrines, asthme et troubles thyro-ovariens (Presse méd. 6 mai 1922, 385-388).

Witson (W.). — The relation of throat and nose to some diseases met with in general practice (Practit. Lond., 1914, p. 770-776).

